

КАК СВЯЗАТЬСЯ С ПРОГРАММОЙ GHPP, ЧТОБЫ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ

Если Вы хотите воспользоваться какими-либо из прав на неприкосновенность частной жизни, указанных в данном Уведомлении, напишите или позвоните в Программу GHPP:

GHPP
Post Office Box 942732
MS 8105
Sacramento, California 94234-7320
1-(800)-639-0597

ЖАЛОБЫ

Если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, и хотите пожаловаться, Вы можете подать жалобу, позвонив или написав Инспектору по вопросам конфиденциальности, Секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, либо в Управление защиты гражданских прав:

Privacy Officer
California Department of Health Services
P.O. Box 942732
MS 4722
Sacramento, California 94234-7320
(916) 255-5259 (обычный телефон) или
(877) 735-2929 TTY/TDD
(для лиц с ослабленным слухом)

или

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, California 94102
Для получения дополнительной информации звоните по телефону (800) 368-1019

или

U.S Office for Civil Rights
(866) 627-7748 (обычный телефон) или
(866) 788-4989 TTY/TDD
(для лиц с ослабленным слухом)

ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОПАСАТЬСЯ ПРЕСЛЕДОВАНИЙ

Программа GHPP не может отказать Вам в льготном медицинском обслуживании или принять какие-либо меры, направленные против Вас лично, если Вы подадите жалобу или воспользуетесь каким-либо из прав на неприкосновенность частной жизни, указанных в данном Уведомлении.

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В УВЕДОМЛЕНИЕ

Программа GHPP должна следовать положениям данного Уведомления. Вместе с тем, Программа GHPP вправе вносить изменения в принятый ею порядок обращения с личной информацией. В случае внесения Программой GHPP каких-либо изменений в данное Уведомление, оно будет издано в новой редакции и предоставлено лицам, получающим обслуживание по Программе GHPP.

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ

Данное Уведомление вступает в силу с 14 апреля 2003 г.

Чтобы получить экземпляр данного уведомления на другом языке или в альтернативном формате, в том числе отпечатанный рельефно-точечным шрифтом Брайля для слепых или шрифтом увеличенного размера для слабовидящих, на аудиокассете или диске, позвоните или напишите Инспектору по вопросам конфиденциальности по телефону или адресу, указанным выше.

California
Department of Health Services



ИНФОРМАЦИЯ ОТ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (GHPP)

*****ВНИМАНИЕ!*****

ПРОГРАММА GHPP НЕ РАСПОЛАГАЕТ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОЗНАКОМИТЬСЯ СО СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ПОЛУЧИТЬ КОПИИ ВХОДЯЩИХ В НЕЕ ДОКУМЕНТОВ ИЛИ ВНЕСТИ В НЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЖИТЕСЬ СО СВОИМ ВРАЧОМ, КЛИНИКОЙ ИЛИ БОЛЬНИЦЕЙ. ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПО ПЛАНУ MANAGED CARE PLAN, ЭТЫЙ ПЛАН МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬ ИНФОРМАЦИЕЙ О СЧЕТАХ ЗА ВАШЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ОПЛАЧЕННЫХ С МОМЕНТА, КОГДА НА ВАС СТАЛО РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ ЕГО ДЕЙСТВИЕ. ПРОСИМ ВАС СВЯЗАТЬСЯ С ПЛАНОМ MANAGED CARE PLAN, ЧТОБЫ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТАКИМИ СЧЕТАМИ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ ИХ КОПИИ.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

В данном Уведомлении изложен порядок использования и раскрытия Вашей медицинской информации, а также порядок получения Вами такой информации.

ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.

Закон требует, чтобы Программа GHPP сохраняла конфиденциальность имеющейся у нее информации о Вас. Мы должны хранить в тайне как информацию о праве на получение обслуживания по Программе GHPP, так и Вашу личную медицинскую информацию. Программа GHPP обязана предоставить Вам данное Уведомление и разъяснить порядок использования и передачи («раскрытия») Программой GHPP Вашей медицинской информации, а также Ваши права на неприкосновенность частной жизни.

ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ПРОГРАММОЙ GHPP ИНФОРМАЦИИ О ВАС

Ваши имя, адрес, личная информация о Вашем лечении, история болезни, сведения о медицинских диагнозах и предоставляемом Вам медицинском обслуживании, в основном, будут использоваться и раскрываться в случаях, связанных с реализацией Программы GHPP. К таким случаям, например, относятся:

- Выяснение вопроса о Вашем праве на получение льготного обслуживания по Программе GHPP
- Определение размера взносов, которые Вам, возможно, придется оплачивать для получения льготного обслуживания по Программе GHPP
- Выяснение вопроса о Вашем праве на обслуживание по Программе Medi-Cal и о наличии у Вас медицинских страховок плана Medicare или частных страховых компаний
- **В целях лечения:** Одобрение и/или утверждение услуг, необходимых для установления Вашего диагноза, а также для Вашего лечения. Вам могут понадобиться медицинские услуги, которые прежде должны быть утверждены Программой GHPP. Перед тем как одобрить предоставление таких услуг, Программа GHPP может получать информацию от третьих лиц и передавать ее лицам, участвующим в Вашем медицинском обслуживании, в целях обеспечения Вас необходимыми услугами.

▪ **В целях оплаты:** Программа GHPP и сотрудничающие с нами лица получают, рассматривают, одобряют, оформляют и оплачивают счета за Ваше медицинское обслуживание, выставленные Вашим врачом или иным специалистом/учреждением, оказывающим медицинские услуги. Программа GHPP может передавать информацию о Вас врачам и иным медицинским специалистам/учреждениям, выставляющим ей счета за предоставленные услуги. Программа GHPP может направлять получаемые ею счета другим страховым медицинским планам или организациям, обязанным оплачивать предоставленные Вам услуги

▪ **Для решения административных задач:** Программа GHPP может использовать информацию о Вашем здоровье и получаемом Вами медицинском обслуживании, для того чтобы Вы могли получать высококачественные медицинские услуги. Программа GHPP также может использовать эту информацию при проведении проверок или расследования фактов мошенничества со стороны врачей и иных медицинских специалистов/учреждений, а также в целях планирования и общего управления Программой GHPP.

ДРУГИЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Программа GHPP также может использовать или передавать имеющуюся у нее информацию о пациентах в следующих случаях:

- В целях обеспечения норм общественного здоровья (например, для сообщения о вспышке заболевания)
- В процессуальных целях (например, по распоряжению суда)
- В целях содействия правоохранительным органам (например, предоставление информации, необходимой для установления местонахождения безвестно отсутствующего лица)
- В целях проведения научных исследований, отвечающих всем требованиям законодательства о неприкосновенности частной жизни (например, исследование, связанное с профилактикой заболевания)

• Во избежание серьезной и реальной угрозы здоровью и безопасности (например, такой, как террористический акт)

• Чтобы связываться с Вами по вопросам Вашего льготного обслуживания по Программе GHPP

• В целях сбора сведений о Вас, которые невозможно установить иным путем (например, информации о том, как часто различные медицинские проблемы, относящиеся к сфере Программы GHPP, отмечаются у всех участников Программы GHPP)

• В других случаях, предусмотренных законом (например, в связи с выдачей пособий по программе Workers Compensation, в связи с чем может потребоваться раскрытие Вашей медицинской информации).

Программа GHPP может передавать Вашу медицинскую информацию организациям, оказывающим нам содействие в реализации нашей программы (например, путем оплаты счетов). В этом случае Программа GHPP обеспечит соблюдение такими организациями конфиденциальности предоставляемой им информации.

Ряд законов на уровне штата ограничивает раскрытие указанной выше информации. Так, существуют особые законы, защищающие информацию, связанную с ВИЧ/СПИДом, психиатрическим лечением, инвалидностью вследствие порока развития, а также лечением от наркотической или алкогольной зависимости. Программа GHPP будет следовать этим законам.

ПРИМЕЧАНИЕ

ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL, ЗАКОН МОЖЕТ НЕ ДОПУСКАТЬ РАСКРЫТИЕ НЕКОТОРЫХ ИЗ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ ВИДОВ ИНФОРМАЦИИ.
В СООТВЕТСТВИИ С ПРАВИЛАМИ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL, ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ РАСКРЫТА ТОЛЬКО В ЦЕЛЯХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫХ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL.

Когда необходимо письменное разрешение

Если Программе GHPP потребуется использовать информацию о Вас в целях, отличных от указанных выше, она будет обязана получить на это Ваше письменное согласие.

Если Вы дадите Программе GHPP такое письменное согласие или разрешение на использование или раскрытие Вашей информации в других целях, Вы сможете отзвать свое письменное согласие или разрешение в любое время.

ВАШИ ПРАВА НА НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

По закону Вы имеете право:

- Знакомиться с Вашей личной медицинской информацией, которой располагает Программа GHPP, и получать ее копии.
- На внесение изменений в Вашу личную медицинскую документацию, если Вы считаете, что содержащаяся в ней информация неверна или в случае отсутствия в ней какой-либо информации. Для внесения изменений необходимо согласие Программы GHPP. В случае если Программа GHPP не даст такого согласия, Вы можете написать заявление с указанием информации, которая является неверной или отсутствует. Ваше заявление будет приобщено к Вашей медицинской карте.
- На получение перечня лиц, которым Программой GHPP раскрывается Ваша личная медицинская информация. В таком перечне не указываются случаи передачи Вашей личной медицинской информации Вам или Вашему представителю, а также случаи ее раскрытия в целях лечения, оплаты или решения административных задач.
- Просить Программу GHPP связываться с Вами иным способом или в другом месте (например, направлять Вам материалы на абонентский ящик, а не по домашнему адресу).
- Просить Программу GHPP об ограничении случаев использования и раскрытия Вашей личной медицинской информации. Вместе с тем, Программа GHPP не всегда сможет удовлетворить такую просьбу.
- Вы имеете право на получение распечатки данного Уведомления о порядке обращения с личной информацией. Вы также можете ознакомиться с текстом данного Уведомления на веб-сайте Подразделения CMS: <http://www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/ghpp>.